

Gloria Sánchez-Pérez, LMFT

Historial de la Pareja

Las tres primeras páginas deben de ser completadas en pareja, las siguientes páginas deben ser llenadas por separado.

Nombre del Cliente: _____ Fecha: _____

Sexo: _____ F _____ M Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____

Nombre del Cliente: _____ Sexo: _____ F _____ M

Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____

Formulario fue llenado por: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: CA Cód. Postal: _____

Teléfono (casa): _____ (cel): _____ (cel) _____

Razón(es) principales por las cuales necesita servicios:

_____ Control del Enojo _____ Lidiar con Problemas _____ Comunicación

_____ Pleitos Frecuentes _____ Infidelidad _____ Falta de Intimidad

_____ Problemas Sexuales _____ Desorden Mental _____ Temas de Padres

_____ Otras razones (explique):

Información Familiar

Hijos	Nombre	Edad	*¿De quién?	Viven con usted	
				Sí	No
1)	_____	_____	_____	_____	_____
2)	_____	_____	_____	_____	_____
3)	_____	_____	_____	_____	_____
4)	_____	_____	_____	_____	_____
5)	_____	_____	_____	_____	_____
6)	_____	_____	_____	_____	_____

***Para responder a la pregunta, ¿De quién? es el hijo/hija, las opciones son las siguientes:**

A = Es nuestro hijo natural de ambos o

AA = Es nuestro hijo adoptado de ambos

M = Hijo natural de la mamá

MA = Hijo adoptivo de la mamá

P = Hijo natural del papá

PA = Hijo adoptado del papá

Estado Civil

¿Ha estado casado anteriormente? **Iniciales del Cliente:** _____ Sí _____ No _____
Sí, ¿Cuántos matrimonios anteriores ha tenido? 1 2 3 4 5+

¿Cuánto tiempo tiene en su matrimonio actual? _____
¿Está viviendo actualmente con su esposo/a/pareja? _____Sí _____No
¿Están comprometidos para casarse? _____Sí _____No

¿Ha estado casado anteriormente? **Iniciales del Cliente:** _____ Sí _____ No _____
Sí, ¿Cuántos matrimonios anteriores ha tenido? 1 2 3 4 5+

¿Cuánto tiempo tiene en su matrimonio actual? _____
¿Está viviendo actualmente con su esposo/a/pareja? _____Sí _____No
¿Están comprometidos para casarse? _____Sí _____No

Desarrollo

¿Existen algunas circunstancias especiales, inusuales o traumáticas que afectaron su desarrollo?
Iniciales del Cliente: _____ Sí _____ No _____

Si respondió Sí, favor de explicar:

Iniciales del Cliente: _____ Sí _____ No _____

Si respondió Sí, favor de explicar:

Spiritual/Religión

¿Qué tan importante es para usted las cuestiones espirituales? **Iniciales del Cliente:** _____
_____No lo son _____Un poco _____Mas o menos _____Muy importantes

¿Pertenece a un grupo espiritual o religioso? _____Sí _____No

Si respondió Sí, explique: _____

¿Qué tan importante es para usted las cuestiones espirituales? **Iniciales del Cliente:** _____
_____No lo son _____Un poco _____Mas o menos _____Muy importantes

¿Pertenece a un grupo espiritual o religioso? _____Sí _____No

Si respondió Sí, explique: _____

Consejería/Historial de Tratamiento

Iniciales del Cliente: _____

	Sí	No	Cuándo	Dónde	Su reacción a dicha experiencia
Consejería/Psiquiátrica Tratamiento	_____	_____	_____	_____	_____
Pensamientos Suicidas/ Intentos	_____	_____	_____	_____	_____
Tratamiento para Drogas/alcohol	_____	_____	_____	_____	_____
Hospitalizaciones	_____	_____	_____	_____	_____
Grupos de apoyo (Ejemplo, AA, Al-Anon NA, Comedores Anónimos)	_____	_____	_____	_____	_____

Consejería/Historial de Tratamiento

Iniciales del Cliente: _____

	Sí	No	Cuándo	Dónde	Su reacción a dicha experiencia
Consejería/Psiquiátrica	_____	_____	_____	_____	_____
Tratamiento	_____	_____	_____	_____	_____
Pensamientos Suicidas/ Intentos	_____	_____	_____	_____	_____
Tratamiento para Drogas/alcohol	_____	_____	_____	_____	_____
Hospitalizaciones	_____	_____	_____	_____	_____
Grupos de apoyo (Ejemplo, AA, Al-Anon NA, Comedores Anónimos)	_____	_____	_____	_____	_____

¿Está pensando en suicidarse en este momento? **Iniciales del Cliente:** _____ Sí _____ No

Sí, explique: _____

Iniciales del Cliente: _____ Sí _____ No

Sí, explique: _____

Brevemente explique cuál considera que es su problema más grave:

¿Qué es lo que espera lograr a través de la terapia?

Firma de la terapeuta/credencial:

Fecha:

Las siguientes preguntas deben contestarse de forma individual. Favor de no consultar con su esposo/a/ pareja sus respuestas.

Nombre del Cliente: _____ **Fecha de Nacimiento** _____

Escriba 5 cualidades que inicialmente le atrajeron a su pareja: ¿Su pareja todavía tienes estas cualidades?

- 1) _____ Sí No
- 2) _____ Sí No
- 3) _____ Sí No
- 4) _____ Sí No
- 5) _____ Sí No

Escriba 4 preocupaciones que originalmente tenía sobre la relación: ¿Su pareja todavía tienes estas cualidades?

- 1) _____ Sí No
- 2) _____ Sí No
- 3) _____ Sí No
- 4) _____ Sí No

Escriba 5 atributos de su esposo/a/pareja: ¿Le dice frecuentemente algo positivo sobre su cualidad?

- 1) _____ Sí No
- 2) _____ Sí No
- 3) _____ Sí No
- 4) _____ Sí No
- 5) _____ Sí No

Escriba 5 atributos negativos sobre su esposo/pareja: ¿Lo molesta frecuentemente sobre su cualidad?

- 1) _____ Sí No
- 2) _____ Sí No
- 3) _____ Sí No
- 4) _____ Sí No
- 5) _____ Sí No

Escriba 5 cosas que usted hace para que funcione su matrimonio: ¿Lo hace frecuentemente?

- 1) _____ Sí No
- 2) _____ Sí No
- 3) _____ Sí No
- 4) _____ Sí No
- 5) _____ Sí No

Escriba 5 cosas que su esposo hace para que funcione su matrimonio: ¿Lo hace frecuentemente?

- 1) _____ Sí No
- 2) _____ Sí No
- 3) _____ Sí No
- 4) _____ Sí No
- 5) _____ Sí No

Escriba 5 expectativas que tenía antes de conocer a su pareja

¿Se han cumplido?

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____
- 4) _____
- 5) _____

- _____ Sí _____ No
- _____ Sí _____ No
- _____ Sí _____ No
- _____ Sí _____ No
- _____ Sí _____ No

Circule la respuesta apropiada para cada una (si no se aplica, no circule)

	Estado actual de su relación					Su necesidad					La necesidad de su pareja				
	Pobre				Excelente	Bajo				Alto	Bajo				Alto
1) Afección	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
2) Reglas sobre crianza	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
3) Compromiso juntos	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
4) Comunicación	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
5) Cercanía emocional	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
6) Seguridad financiera	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
7) Honestidad	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
8) Compartir quehaceres de casa	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
9) Amor	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
10) Atracción física	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
11) Compromiso religioso	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
12) Respeto	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
13) Satisfacción sexual	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
14) Vida social juntos	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
15) Tiempo juntos	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
16) Confianza	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5

Circule la respuesta apropiada para cada una (si no se aplica, no circule)

Y = Yo, P = Pareja, I = Igual

¿Es justo?

Comentarios

1) Reparación de autos	Y	P	I	___	Sí	___	No	_____
2) Cuidado de los niños	Y	P	I	___	Sí	___	No	_____
3) Disciplina de los niños	Y	P	I	___	Sí	___	No	_____
4) Limpiar baños	Y	P	I	___	Sí	___	No	_____
5) Cocinar	Y	P	I	___	Sí	___	No	_____
6) Empleo	Y	P	I	___	Sí	___	No	_____
7) Compras de despensa	Y	P	I	___	Sí	___	No	_____
8) Limpiar la casa	Y	P	I	___	Sí	___	No	_____
9) Reparaciones en interiores	Y	P	I	___	Sí	___	No	_____
10) Lavandería	Y	P	I	___	Sí	___	No	_____
11) Hacer la cama	Y	P	I	___	Sí	___	No	_____
12) Reparaciones de exteriores	Y	P	I	___	Sí	___	No	_____
13) Eventos recreativos	Y	P	I	___	Sí	___	No	_____
14) Barrer la cocina	Y	P	I	___	Sí	___	No	_____
15) Sacar la basura	Y	P	I	___	Sí	___	No	_____

Las siguientes preguntas deben contestarse de forma individual. Favor de no consultar con su esposo/a/ pareja sus respuestas.

Nombre del Cliente: _____ **Fecha de Nacimiento** _____

Escriba 5 cualidades que inicialmente le atrajeron a su pareja: ¿Su pareja todavía tienes estas cualidades?

- 1) _____ Sí No
- 2) _____ Sí No
- 3) _____ Sí No
- 4) _____ Sí No
- 5) _____ Sí No

Escriba 4 preocupaciones que originalmente tenía sobre la relación: ¿Su pareja todavía tienes estas cualidades?

- 1) _____ Sí No
- 2) _____ Sí No
- 3) _____ Sí No
- 4) _____ Sí No

Escriba 5 atributos de su esposo/a/pareja: ¿Le dice frecuentemente algo positivo sobre su cualidad?

- 1) _____ Sí No
- 2) _____ Sí No
- 3) _____ Sí No
- 4) _____ Sí No
- 5) _____ Sí No

Escriba 5 atributos negativos sobre su esposo/pareja: ¿Lo molesta frecuentemente sobre su cualidad?

- 1) _____ Sí No
- 2) _____ Sí No
- 3) _____ Sí No
- 4) _____ Sí No
- 5) _____ Sí No

Escriba 5 cosas que usted hace para que funcione su matrimonio: ¿Lo hace frecuentemente?

- 1) _____ Sí No
- 2) _____ Sí No
- 3) _____ Sí No
- 4) _____ Sí No
- 5) _____ Sí No

Escriba 5 cosas que su esposo hace para que funcione su matrimonio: ¿Lo hace frecuentemente?

- 1) _____ Sí No
- 2) _____ Sí No
- 3) _____ Sí No
- 4) _____ Sí No
- 5) _____ Sí No

Escriba 5 expectativas que tenía antes de conocer a su pareja

¿Se han cumplido?

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____
- 4) _____
- 5) _____

- _____ Sí _____ No
- _____ Sí _____ No
- _____ Sí _____ No
- _____ Sí _____ No
- _____ Sí _____ No

Circule la respuesta apropiada para cada una (si no se aplica, no circule)

	Estado actual de su relación					Su necesidad					La necesidad de su pareja				
	Pobre				Excelente	Bajo				Alto	Bajo				Alto
1) Afección	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
2) Reglas sobre crianza	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
3) Compromiso juntos	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
4) Comunicación	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
5) Cercanía emocional	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
6) Seguridad financiera	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
7) Honestidad	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
8) Compartir quehaceres de casa	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
9) Amor	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
10) Atracción física	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
11) Compromiso religioso	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
12) Respeto	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
13) Satisfacción sexual	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
14) Vida social juntos	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
15) Tiempo juntos	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
16) Confianza	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5

Circule la respuesta apropiada para cada una (si no se aplica, no circule)

Y = Yo, P = Pareja, I = Igual

¿Es justo?

Comentarios

1) Reparación de autos	Y	P	I	___	Sí	___	No	_____
2) Cuidado de los niños	Y	P	I	___	Sí	___	No	_____
3) Disciplina de los niños	Y	P	I	___	Sí	___	No	_____
4) Limpiar baños	Y	P	I	___	Sí	___	No	_____
5) Cocinar	Y	P	I	___	Sí	___	No	_____
6) Empleo	Y	P	I	___	Sí	___	No	_____
7) Compras de despensa	Y	P	I	___	Sí	___	No	_____
8) Limpiar la casa	Y	P	I	___	Sí	___	No	_____
9) Reparaciones en interiores	Y	P	I	___	Sí	___	No	_____
10) Lavandería	Y	P	I	___	Sí	___	No	_____
11) Hacer la cama	Y	P	I	___	Sí	___	No	_____
12) Reparaciones de exteriores	Y	P	I	___	Sí	___	No	_____
13) Eventos recreativos	Y	P	I	___	Sí	___	No	_____
14) Barrer la cocina	Y	P	I	___	Sí	___	No	_____
15) Sacar la basura	Y	P	I	___	Sí	___	No	_____

